
AVH-YHDYSHENKILÖTOIMINTA POTILAAN NÄKÖKULMASTA




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa 2012

Marita Julin



Forssa
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Marita Julin	Vuosi 2012
Työn nimi	AVH-yhdyshenkilötoiminta potilaan näkökulmasta	

TIIVISTELMÄ

Aivoverenkiertohäiriöihin (AVH) sairastuu Suomessa vuodessa jopa 13 000 ihmistä, joista kolmannes on työikäisiä. Määrä tulee kasvamaan lähivuosina suurten ikäluokkien vanhetessa. Opinnäytetyön tilaaja Pirkanmaan AVH-yhdistys ry toimii aivoverenkiertohäiriön sairastuneiden paikallisena etujärjestönä. AVH-yhdyshenkilö on Aivoliiton kouluttama terveys- ja sosiaalialan ammattilainen. AVH-yhdyshenkilö ohjaa sairastuneen potilaan ja tämän omaiset avun piiriin. Yhdyshenkilön työnkuva vaihtelee eri työyksiköissä, siihen vaikuttavat yhdyshenkilön ammatti, työpaikka, resurssit sekä toimenkuva.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää AVH-potilaan kokemuksia toteutuneesta yhteistyöstä oman alueensa AVH-yhdyshenkilön kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös tuottaa yhdyshenkilötoiminnasta tietoa ja kokemuksia, joita voidaan hyödyntää AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämisessä. Opinnäytetyö toteutettiin postittamalla kyselylomake aivoverenkiertohäiriön sairastaneille vastaajille. Kyselylomakkeita lähetettiin 108 ja niistä palautui 64 kpl, vastausprosentti oli näin ollen 59 prosenttia. Kyselyn aihealueita olivat mm. AVH-yhdyshenkilön rooli kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa, tavoitettavuus, yhdyshenkilön tarpeellisuus sekä ohjaustapahtumien tunnelma.

Tuloksien perusteella AVH-yhdyshenkilö ja hänen toimenkuvansa eivät ole tuttua suurelle osalle vastaajista. AVH-yhdyshenkilö ja aivoverenkiertohäiriöihin perehtyneisyys koetaan silti erittäin tärkeäksi asiaksi kuntoutuksen suunnittelussa. Järjestötoiminta koetaan kuntoutumista edistäväksi tekijäksi. Kyselyn tuloksia voidaan hyödyntää käytännöllisesti AVH-yhdyshenkilöiden tulevaisuudessa koulutuksissa ja toiminnan kehittämisessä. Kehittämissuhteena on AVH-yhdyshenkilötoiminnan käytön lisääminen ja toiminnan esittelemisen oman paikkakunnan potilaille sekä aktiivinen yhteydenpito aivoverenkiertohäiriöön sairastuneisiin sairastumisen ja kuntoutumisen alussa.

Avainsanat Aivoverenkiertohäiriö (AVH), AVH-yhdyshenkilö ja kuntoutuminen
Sivut 19 s. + liitteet 4 s.

Forssa
Nursing Option
Bachelor of Health Care

Author	Marita Julin	Year 2012
Subject of Bachelor's thesis	Stroke contact person's action from the patient's point of view	

ABSTRACT

Almost 13 000 people get a stroke in Finland every year. One third of them belong to the working age group. The number will increase in following years due to aging of the baby boomers (people born right after the World War II). The subscriber of this Bachelor's Thesis, the Stroke Association of Pirkanmaa, works as the interest group for people that have suffered a stroke. Stroke contact person (in Finnish: AVH-yhdyshenkilö) is a health care professional person trained by the Finnish Stroke and Dysphasia Association. The purpose of the contact person is to guide the stroke patient and his/her relatives to the help needed in their everyday life. The actual work of the contact person varies in different working units, depending on his/her profession, work place, resources and job description.

The purpose of this Bachelor's Thesis is to find out the experiences of stroke patients with their Stroke contact person. The aim is also to spread information and knowledge about the action of the Stroke contact person and how to develop it. The Bachelor's Thesis was conducted by mailing a question form for people that had previously suffered a stroke. Totally, 108 question forms were sent of which 64 were returned. The response rate was 59 %. The topics of the form were e.g. the role of the contact person in planning and actual rehabilitation, availability, the need for a contact person and the atmosphere of the gatherings.

According to the results, the action of the Stroke contact person and his/her job description is not familiar for the majority of the patients. Though, the existence of the contact person and getting to know more about strokes are thought as an important part in planning the rehabilitation. Organizational activities are thought as an advantage in a rehabilitation process. The results of this survey can be used in practice when planning the training of the Stroke contact persons and developing the action. One recommendation is to increase the use of the title "Stroke contact person" and to introduce the organization to the patients and to increase the active connecting between the parties already at the beginning of the illness.

Keywords Stroke, Stroke contact person and rehabilitation.

Pages 19 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT.....	2
2.1	Aivoinfarkti	2
2.2	Aivoverenvuoto	2
2.3	Muita aivoverenkiertohäiriöitä.....	2
2.4	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito	3
2.5	Riskitekijät	4
2.6	Esiintyvyys ja kansantaloudellinen merkitys	5
3	AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN KUNTOUTUS.....	5
3.1	Kuntoutus	5
3.2	Moniammatillinen yhteistyö	6
3.3	AVH-yhdyshenkilö kuntoutuksen tukena	7
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	8
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	8
5.1	Aineiston kerääminen.....	8
5.2	Aineiston analyysi	9
5.3	Opinnäytetyön eettisyys	9
5.4	Opinnäytetyön luotettavuus.....	10
6	TUTKIMUSTULOKSET	10
6.1	Vastaaajien taustatiedot.....	10
6.2	Ensiyhteydenotto AVH-yhdyshenkilön kanssa.....	10
6.3	AVH-yhdyshenkilön tavoitettavuus	10
6.4	AVH-yhdyshenkilö vastaajien kuntoutumisen tukena	12
6.5	Järjestötoiminta ja ohjaustilanteet	14
6.6	Asiantuntijan tarpeellisuus	17
7	POHDINTA.....	17
7.1	Tulosten tarkastelu	17
7.2	Johtopäätökset	18
7.3	Jatkotutkimusehdotukset	18
	LÄHTEET	20

Liite 1	Kyselylomake
Liite 2	Saatekirje

1 JOHDANTO

Vakava sairastuminen ilmaantuu yleensä yllättäen, aivoverenkiertohäiriö usein myös ilman mitään ennakko-oireita. Sairastuminen vaikuttaa ihmiseen, ei pelkästään fyysisesti, vaan myös psyykkisesti ja sosiaalisesti. Sairastuminen vaikuttaa myös ihmisen yhteisöön ja lähipiiriin.

Kuntoutuminen aivoverenkiertohäiriöistä vaatii sairastuneen potilaan ympärille moniammatillisen tiimin. Moniammatillisen tiimin tuella olisi hyvä kartoittaa potilaalle kuntoutussuunnitelma ottaen huomioon yksilölliset tarpeet ja voimavarat sekä niitä estävät ja uhkaavat tekijät.

Yksi kuntoutumista ja selviämistä edistävä tekijä on tiedon antaminen. Tiedon antamisen voi suunnata niin potilaalle kuin kuntoutumista tukeville omaisillekin. Tietoa ja ohjausta voi antaa sairaudesta ja sairauden kulusta, kuntoutumisesta, etuuksista, apukeinoista sekä potilasjärjestöistä.

Tiedonantaja voi olla AVH-yhdyshenkilö. Hän on terveydenhuollon ammattihenkilö esimerkiksi sairaanhoitaja, lähi- tai perushoitaja, fysioterapeutti tai kuntoutusohjaaja. Lyhenne AVH tarkoittaa tässä opinnäytetyössä aivoverenkiertohäiriötä. Aivoliitto kouluttaa Suomessa AVH-yhdyshenkilöitä, jotka työskentelevät lähellä aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta sekä hänen läheisiään.

AVH-yhdyshenkilötoimintaa kehitetään jatkuvasti. Tässä opinnäytetyössä on tutkittu aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kokemuksia AVH-yhdyshenkilötoiminnasta. Opinnäytetyön tilaaja, Pirkanmaan AVH-yhdistys ry, toimii aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden paikallisena etujärjestönä. Yhdistys pitää säännöllisesti yhteyttä kuntapäittäjiin, terveydenhuoltoon sekä mediaan. Yhdistys toimii myös aktiivisesti monissa kolmannen sektorin verkostoissa. (Pirkanmaan AVH-yhdistys ry. 2011.)

2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT

Aivoverenkiertohäiriöt erotetaan useimmiten kahteen pääryhmään, aivoinfarkteihin ja aivoverenvuotoihin. Aivoverenkiertohäiriöt voivat aiheuttaa ohimeneviä tai pitkäaikaisia neurologisia oireita. Sairastuminen tulee usein täytenä yllätyksenä aiheuttaen pelkoa ja syvän henkilökohtaisen kriisin.

2.1 Aivoinfarkti

Aivoinfarkti, Infarctus cerebri (IC), kansankielellä aivoveritulppa, on iskeeminen muutos aivojen verenkierrossa. Aivovaltimon tukoksen aiheuttama aivokudoksen vauriota kutsutaan aivoinfarktiksi. Aivoinfarkti syntyy silloin, kun verenkierron estää hyytymä eli veritulppa. Kudostuhon aiheuttaa joko aivovaltimon paikallinen tukkeutuminen valtimon seinämässä olevan ahtauman seurauksena tai embolisaatio eli hyytymä, joka on peräisin muualta elimistöstä ja tukkii aivovaltimon. (Aivoinfarkti. Käypä hoito 2011.) Tyypillisiä ensioireita aivoinfarktille ovat toispuolihalvaus, raajojen kömpelyys, puheen tuottamisen ja ymmärryksen häiriöt, suupielen roikuminen, erilaiset näköhäiriöt sekä liikkumisen ja tasapainon häiriöt ja päänsärky. Oireiden monimuotoisuus ja kesto vaihtelevat potilaasta riippuen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 296–302.)

2.2 Aivoverenvuoto

Aivoverenvuodosta puhuttaessa tarkoitetaan joko lukinkalvonalaista eli subaraknoidaalivuotoa, haemorrhagia subrachnoidalis (SAV), tai aivokudoksen sisäistä eli intracerebraalista vuotoa, haemorrhagia cerebri (ICH). Lukinkalvonalainen verenvuoto syntyy, kun aneurysma eli valtimon pulistuma puhkeaa ja veri pääsee vuotamaan lukinkalvon alaiseen tilaan. Vuoto voi alkaa ponnistuksen yhteydessä, mutta myös levossa. Aivokudoksen sisäisellä vuodolla tarkoitetaan valtimon tai laskimon repeämisestä johtuvaa verenvuotoa aivokudokseen. Tyypilliset ensioireet ovat molemmille vuototyypeille samankaltaisia, voimakas päänsärky jonka erottaa tavallisesta päänsärystä tai migreenistä, oksentelu, toispuolihalvaus, puhehäiriöt, niskajäykkyys ja tajunnantason alentuminen. Harvinaisempia oireita ovat epileptiset kouristelut ja tajuttomuus. Oireet vaihtelevat aivoverenvuodon laajuuden mukaan. (Holmia ym. 2006, 302–304.)

2.3 Muita aivoverenkiertohäiriöitä

Osa aivoverenvuotojen vuotokohdista jää löytymättä. Tällöin vuodon aiheuttajana pidetään todennäköisenä hyvin pientä aivovaltimoa. Osa vuotoista voi olla verisuoniepämuodostumien seurauksena syntyneitä. Vakavaa päähän kohdistuneesta iskusta ja vammasta voi myös seurata aivoverenvuoto (Holmia ym. 2006, 302–304).

2.4 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidossa taistellaan aikaa vastaan. Mitä kauemmin aivot ovat vajavaisella ja riittämättömällä verenkierrolla, tapahtuu aivoissa iskeemisiä muutoksia. Nopea hoidon aloittaminen ehkäisee tilanteen pahentumista ja parantaa ennustetta. Aivosolujen vaurioituminen alkaa hapenpuutteen kestäessä jo puolesta tunnista tuntiin. Vaurion laajuuteen voidaan vaikuttaa ensimmäisten kolmen tunnin sisällä oireiden alusta. Oireiden ilmaantuessa tulisi heti hakeutua hoitoon. Epäiltäessä sairastumista aivoverenkiertohäiriöön, tulisi heti soittaa hätänumeroon 112 ja hakeutua hoidon piiriin. Ensihoidossa sairaankuljettajat tutkivat potilaan ja konsultoiden lääkäriä päättävät jatkokuljetuspaikasta. Akuutista aivoverenkiertohäiriöpotilaasta tulee sairaankuljetuksen aina tehdä ennakkoilmoitus kuljetettavaan sairaalaan tai yksikköön. Ennakkotieto mahdollisesta aivoverenkiertohäiriöpotilaasta käynnistää isomman kokonaisuuden potilaan vastaanottavassa sairaalassa. Mahdollista aivoverenkiertohäiriöpotilasta odotellessa vastaanottava sairaala varaa valmiiksi tarvittavat tutkimukset potilaasta sekä ilmoittaa päivystävälle lääkärille ja/tai neurologille tulevasta potilaasta. Potilaan saapuessa sairaalaan tehdään perusteellinen tutkimus käyttäen hyväksi aikaisempia potilastietoja, oireiden kuvausta sekä aistien toiminnan tutkimista. Koska neurologisiin tiloihin saattaa liittyä potilaan kyvyttömyyttä hahmottaa omaa tilaansa, on lääkärin ja hoitajan objektiivinen arvio potilaan mielialasta, muistista, kognitiivisista toiminnoista sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä hyvin tärkeä. (Aivoverenkiertohäiriö ja nopea hoitoon hakeutuminen. 2011.)

Potilaalle tehdään tarvittavia tutkimuksia, joita ovat muun muassa useat eri verikokeet, EKG sekä CT (tietokonetomografia) tai MRI (magneettiverisuonikuvaus). Tietokonetomografiatutkimuksella varmistetaan diagnoosia. Tietokonetomografiatutkimus on kivuton, n. 20 minuuttia kestävä röntgentutkimus jossa tutkittavalta alueelta otetaan poikkileikkauskuvia. Kuvat muodostuvat röntgensäteiden ja tietokoneen yhteistyön tuloksena. Tutkimuksella voidaan sulkea pois esimerkiksi kasvaimien aiheuttamaa samankaltaista oirekuvaa kuin aivoinfarktilla tai aivoverenvuodolla. Aivoinfarkti näkyy kuvien tuloksissa usein vasta 1–3 päivän kuluttua kuvissa, mutta aivoverenvuoto näkyy välittömästi. Varmemmalla diagnoosilla lääkärin on helpompi suunnitella toteuttavaa hoitolinjaa. (Tietokonetomografia eli CT. 2011.)

Neurologisten sairauksien ohella samankaltaista oirekuvaa voivat antaa mm. sisäkorvan sairaudet, hypoglykemia, hyponatremia, paniikkihäiriö, tai delirium (Aivoinfarkti. Käypä hoito 2011). Aivoinfarktin ja aivoverenvuodon hoitolinjat ovat erilaisia. Hoitolinjauksiin vaikuttavat infarktin tai verenvuodon laajuus. Aivoinfarktin saanut potilas saattaa olla sopiva kandidaatti liuotushoitoon eli trombolyyysiin. Liuotushoito tapahtuu suonensisäisesti annettavalla tunnin kestäväällä tiputuksella jonka vaikuttavana aineena käytetään alteplaasia. Alteplaasin käyttö perustuu sen vaikuttavuuteen veren hyytymisessä ja veren hyytymien liuottumiseen. Liuotushoitoon sopivia potilaita on alle kolmen tunnin sisään oireiden alusta sairaalan saapuneista noin 15 prosenttia. (Aivoinfarktin liuotushoito. 2011.)

Aivoverenvuotoja voidaan yrittää hoitaa kirurgisesti. Hoito voidaan tehdä avoleikkauksella tai verisuoniteitse. Leikkaus yritetään tehdä mahdollisimman pian hoitoon saapumisesta, yleensä päivystysleikkauksena. Aivoverenvuodon vuotokohdasta riippuen leikkaus vaatii mikroskooppisen tarkkaa työskentelyä. Leikkaukset kallon sisällä ovat haastavia ja niihin liittyvät omat riskinsä (Lukinkalvonalaisen verenvuodon (SAV) leikkaushoito. 2011; Aivojen sisäisen verenvuodon (ICH) leikkaushoito. 2011).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä aivoverenkiertohäiriöiden hoitopolku etenee sairaankuljetuksesta päivystykseen, päivystyksestä aivoverenkiertohäiriöyksikköön tai teho-osastolle. Aivoverenkiertohäiriöyksikössä, Stroke Unit tai aivohalvausyksikkö, potilaita ja heidän elintoimintojaan tarkkaillaan jatkuvasti. Sairauden akuutissa vaiheessa elimistö puolustautuu uhkaavaa vaaraa vastaan ja sydämen ja verenkierron häiriöt ovat yleisiä. Akuutissa vaiheessa aivoverenkiertohäiriöpotilaan tila voi muuttua äkillisesti. Akuutissa vaiheessa tarkkaillaan erityisesti hengitystä, verenkiertoa, tajunnantasoja, kehon lämpötilaa, nestetasapainoa ja ravitsemuksen tilaa, verensokeritasapainoa ja potilaan psyykkistä jaksamista. Kaikilla edellä mainituilla on tärkeä osa elimistön tasapainottamiseen sairastumisen jälkeen ja tukemaan potilaan selviytymistä. (Holmia ym. 2006, 310–315.)

2.5 Riskitekijät

Riskitekijöitä aivoinfarktille ovat mm. elintapatekijät, joihin voidaan vaikuttaa sekä asiat, joihin ei henkilö itse pysty vaikuttamaan. Riskit joihin ei pystytäkään vaikuttamaan ovat mm. ikä ja sukupuoli. Aivoinfarktin riski kasvaa, mitä enemmän ikävuosia on. Alle 75-vuotiailla miehillä on kaksinkertainen riski sairastua aivoinfarktiin alle 75-vuotiaisiin naisiin verrattuna. Yli 75-vuotiaiden välillä ei ole eroa (Pajunen, Pääkkönen & Laatinen 2005). Elintapatekijöistä riskiä sairastua nostavat tupakointi (Hankey 1999), alkoholin runsas käyttö, huumeet (Patra, Taylor & Irving 2010), lihavuus, suolan runsas käyttö, D-vitamiinin puute (Marniemi, Alanen & Impivaara 2005), vähäinen liikunta sekä hormonien käyttö (Kurl, Laukanen, Rauramaa, Lakka, Sivenius & Salonen 2003). Myös henkisen kuormittavuuden (Surtees, Wainwright & Luben 2008) ja matalamman koulutustason ja huonon sosio-ekonomisen aseman on tutkittu lisäävän riskiä sairastua (Sivenius, Jakovljevic & Tuomilehto 2002). Sairauksista riskiä nostavat verenpainetauti, diabetes, korkeat kolesteroliarvot, sydänsairaudet, kuorsaus ja uniapnea sekä infektiot. Yksittäinen riskitekijä ei ole niin erityisen vahva, mutta jos riskitekijöitä on useampi yhdellä ihmisellä, on riski sairastumiseen korkeampi.

Aivoverenvuodon riskitekijät ovat osin samankaltaisia kuin aivoinfarktille. Iso riskitekijä on verenpainetauti. Muita riskitekijöitä aivoverenvuodolle ovat diabetes, harvinaiset vuotosairaudet, tulehdussairaudet, verenohennuslääkkeet, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, vähäinen liikunta, huumeet sekä maksa- ja sydänsairaudet (Aivojen sisäinen verenvuoto. 2007).

2.6 Esiintyvyys ja kansantaloudellinen merkitys

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa 10 000–13 000 ihmistä vuodessa, joista jopa kolmannes on työikäisiä (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 306). On ennustettu, että 2030-luvulla Suomessa ilmenee vuosittain yli 20 000 uutta aivohalvaustapahtumaa (Sivenius, Torppa & Tuomilehto 2010). Työkyvyttömyyseläkkeelle jää vuosittain noin 850 aivoverenkiertohäiriöpotilasta. Pitkien sairaalajaksojen ja työkyvyttömyyden vuoksi aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi kallein tautiryhmä mielen-terveydenhäiriöiden ja dementian jälkeen (Fogerholm, Rissanen & Nenonen 2001).

3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN KUNTOUTUS

3.1 Kuntoutus

Aivoverenkiertohäiriöpotilas on aivohalvausyksiköissä 1–5 vuorokautta. Alkuvaiheen kuntoutus alkaa heti, kun potilaan kunto ja tila sen sallivat. Aivohalvausyksiköstä potilas siirtyy useimmiten neurologian vuodeosastolle jatkokuntoutukseen. Tämä tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Kuntoutus jatkuu perusterveydenhuollon puolella terveystieteissä ja niiden vuodeosastoilla. Terveystieteen kanssa yhteistyössä suunnitellaan jatkohoitopaikkaa tai mahdollisia muutostöitä potilaan omaan kotiin, jos kotiutuminen on mahdollista. Intensiivisen kuntoutuksen vaihe kestää 3–6 kuukautta, joskus pitempäänkin (Korpelainen, Kallanranta & Leino 2001, 224–235). Kun aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti tai aivoverenvuoto, on aiheuttanut hermokudosvaurion, se ei parane eikä uusiudu ennalleen. Hermosolut pystyvät kuitenkin kompensoimaan tilannetta ja kasvattamaan uusia yhteyksiä, jolloin niiden toiminta voi järjestäytyä uudelleen (Holmia ym. 2006, 315). Kuntoutuminen perustuu aivojen muovautumiskykyyn eli plastisuuteen. Kuntoutuminen on oppimista, se edellyttää toistuvaa, johdonmukaista harjoittelua, virikkeellistä ympäristöä ja oppimiskykyä. Kuntoutuminen on aina yksilöllistä ja siihen vaikuttavat vaurion sijainti ja laajuus. Osa sairastuneista palautuu työelämään nopeastikin, toiset tarvitsevat pitkäkestoista kuntoutusta ja monia eri tukitoimia (Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksen tukeminen. 2008).

Kuntoutuksen järjestämisen päävastuu on sairaaloilla ja terveystieteillä. Kuntoutus aloitetaan päivittäisistä toiminnoista ja niistä selviytymisestä. Potilasta tuetaan, kannustetaan ja motivoidaan ottamaan osaa omaan hoitotyöhönsä, tavoitteena on mahdollisimman omatoiminen potilas. Tähän pyritään kuntouttavalla työotteella. Potilasta pyritään auttamaan ja tukemaan, mutta mitään ei tehdä puolesta, jos potilas siihen kykenee autettuna itsekkin. Näin ehkäistään potilaan passivoitumista ja turhautumista omaan tilanteeseensa. Varhaisvaiheen kuntoutus ja ohjaus tapahtuvat päivittäisten toimintojen äärellä. Näitä voivat olla puhtaudesta ja henkilökoh-
taisesta hygieniasta huolehtiminen, pukeutuminen ja riisuutuminen, erityis-
toimintojen hallinta, asento- ja liikehoito, liikkumisen tukeminen, levon ja
unen turvaaminen sekä ruokailussa avustaminen (Aivoverenkiertohäi-

riöpotilaan kuntoutuksen tukeminen. 2008). Oman haasteensa kuntoutukseen tuovat aivoverenkiertohäiriöiden tyypilliset seuraukset potilaalle. Näitä voivat olla hemipareesi, hemiplegia, puhekyvyn, ilmaisun ja hahmottamisen häiriöt, tunne-elämän muutokset sekä näkökenttäpuutokset (Muutokset lihastoiminnoissa ja tuntoaistimuksissa. 2005). Hemipareesi on osittainen toispuoleinen halvaus. Hemiplegia on täydellinen toispuoleinen halvaus (Holmia ym. 2006, 315–330).

Vuonna 2000 tehty tutkimus kartoitti kotona asuvien aivoverenkiertohäiriöpotilaiden ja heidän omaistensa selviytymiskokemuksia. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotona asuvien aivoverenkiertohäiriöpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia selviytymisestä sekä tarkastella, millaisia yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia selviytymiskokemuksissa on. Aineiston perusteella aivoverenkiertohäiriöpotilaista muodostettiin kuusi selviytymistyyppiä: joustava selviytyjä, realistinen sopeutuja, menetysten muistelijä, työn tavoittelija, sairauden kieltäjä ja vaivojensa vanki. Joustava selviytyjä elää aktiivisesti täyspainoista elämää. Mielekäs toiminta ja ihmissuhteet edistävät, sairaudesta johtuvat vaivat heikentävät selviytymistä. Realistinen sopeutuja on muuttanut elämäntyyliään edellytyksiään vastaavaksi. Selviytymistä edistää tyytyväisyys elämään, ja heikentää ajoittainen jaksamattomuus. Menetysten muistelijä ammentaa voimaa eletystä elämästä. Selviytymistä edistää ihmissuhteita ylläpitävä kuntoutus ja heikentää mielekkään toiminnan puute. Työn tavoittelija etsii mielekästä ansio-työn kaltaista toimintaa. Huumori edistää selviytymistä ja tilanteeseen sopeutumattomuus heikentää sitä. Sairauden kieltäjä selittää vaivojensa syyn muusta kuin aivohalvauksesta johtuvaksi. Selviytymistä edistää elämän säilyminen muuttumattomana ja heikentää muutosten pelko. Vaivojensa vangen elämää leimaavat sairauden aiheuttamat menetykset. Selviytymistä edistävät yhteydet lapsiin ja lastenlapsiin ja heikentää masentuneisuus. (Purola 2000.)

3.2 Moniammatillinen yhteistyö

Lääkäri on moniammatillisen työryhmän johtaja. Hän johtaa työryhmän työskentelyä ja toimii lääketieteellisenä asiantuntijana. Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija moniammatillisessa tiimissä. Fysioterapeutti on asiantuntija potilaan liikkumisessa, liikuntakyvyn- ja voiman palauttamisessa. Neuropsykologin alueeseen kuuluvat kognitiivisten häiriöiden laadun määrittäminen ja kuntoutumisen suunnitteleminen niiltä osin. Puhehäiriöiden ja nielemisvaikeuksien asiantuntija on puheterapeutti. Potilas saattaa tarvita myös psykoterapiaa, koska sairastuminen tuo henkistä stressiä ja suuren elämänkriisin potilaan elämään. Toimintaterapeutin aluetta ovat selviytymisen kartoittaminen sekä apuvälinehuolto. Lisäksi hänelle kuuluvat mahdollisten muutostöiden suunnittelu potilaan kotiin. Sosiaalityöntekijä auttaa sosiaalisissa ja taloudellisissa asioissa potilaan kysymysten äärellä. Kuntoutusohjaaja koordinoi ja toimii avoterveydenhuollossa kuntoutuksen yhteyshenkilönä. Potilaan kuntoutusta suunniteltaessa tehdään yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, johon parhaimmillaan osallistuvat kaikki edellä mainitut hoitotyön ja lääketieteen ammattilaiset. Kuntoutussuunnitelma sisältää potilaan kuntoutuksen tavoitteet, sitä edistävät ja estävät tekijät, aputoimet ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi.

Kuntoutussuunnitelmien tarkastaminen säännöllisin väliajoin, täydentäminen ja päivittäminen, palvelevat niin potilasta kuin hoitavia ja auttavia tahoja. Kuntoutussuunnitelma on asiakirja, jota edellytetään lainsäädännössä. Se on myös asiakirja, joka antaa kuntoutujalle mahdollisuuden sitoutua omaan kuntoutumiseensa ja näin ollen edistää kuntoutusprosessia. (Holmia ym. 2006, 330.)

3.3 AVH-yhdyshenkilö kuntoutuksen tukena

AVH-yhdyshenkilötoiminnan tavoitteena on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan ja hänen omaisensa palveleminen tuen ja ohjauksen keinoin omassa kotikunnassaan. AVH-yhdyshenkilö on Aivoliiton koulutettava terveys- ja sosiaalialan ammattilainen. Yhdyshenkilön pohjakoulutus voi olla esimerkiksi sairaanhoitaja, lähi- tai perushoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti tai terveydenhoitaja.

Aivoliitto pitää rekisteriä koulutetuista AVH-yhdyshenkilöistä. Yhdyshenkilö on kiinnostunut aivoverenkiertohäiriöistä sekä niiden kuntoutuksesta. AVH-yhdyshenkilö on työyhteisön tiedonantaja aivoverenkiertohäiriöistä. Häntä voivat lähestyä niin työtoverit työyhteisön sisältä kuin myös itse potilaat sekä heidän omaisensa. AVH-yhdyshenkilö ohjaa sairastuneen potilaan ja tämän omaisia avun piiriin, ohjeistaa etuuksista, vertaistukiryhmistä, kuntoutusmahdollisuuksista, paikallisista ja valtakunnallisista aivoverenkiertohäiriöjärjestöistä ja niiden toiminnasta. AVH-yhdyshenkilön työnkuva on erilainen eri yksiköissä, tähän vaikuttavat yhdyshenkilön koulutus, työpaikka sekä toimenkuva. Lisäksi työnkuvaan vaikuttavat esimerkiksi yhdyshenkilön aikaresurssit yhdyshenkilötoimintaan. Yhdyshenkilötoiminta tapahtuu usein oman työn ohessa, esimerkiksi sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla. Toimenkuvaan vaikuttavat myös paikkakunnalla olevien aivoverenkiertohäiriöpotilaiden lukumäärä sekä järjestötoiminta.

Vuonna 2008 Satakunnan ammattikorkeakoulusta Henriksson tutki opinnäytetyössään AVH-yhdyshenkilöiden roolia AVH-potilaan kuntoutuksessa. Opinnäytetyössä haastateltiin yhdyshenkilöitä, miten he kokevat kuntoutuksen ja ohjauksen jatkuvan potilaan siirtyessä erikoissairanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin sekä millaisena he kokevat työalueensa. Tulosten mukaan AVH-yhdyshenkilön työ pitää sisällään ohjausta, neuvontaa ja informaatiota aivoverenkiertohäiriöstä sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Työ on myös ohjausta ja neuvontaa yhteistyötahoille sekä omalle työyhteisölle. AVH-yhdyshenkilö toimii kuntoutumisen prosessin seurajana, varmistajana ja tukena. (Henriksson 2008.)

Vuonna 2009 julkaistun tutkimuksen mukaan potilaat tarvitsevat eniten tietoa siitä, miten voi itse ehkäistä aivoverenkiertohäiriön uusiutumista sekä läkehoidosta. Lisäksi potilaat toivoivat ohjausta ja tietoa, mitä voi harastaa, soveltuvaa ruokavaliota ja levon määrää. Tietoa potilaat kaipasivat myös läkehoidon kustannuksista, yhteiskunnan tarjoamista palveluksista ja etuuksista sekä jatkohoidosta ja kuntoutuksesta. Potilaat halusivat mieluiten saada ohjausta ja neuvontaa suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistelmänä sekä henkilökohtaisena ohjauksena. Tutkimuksen aineisto kerät-

tiin aivoverenkiertohäiriöpotilailta sairauden akuutissa vaiheessa, sairaalahoidon aikana. (Uusitalo 2009.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää AVH-potilaiden kokemuksia toteutuneesta yhteistyöstä oman asuinpaikkansa AVH-yhdyshenkilön kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa yhdyshenkilötoiminnasta, jota voidaan hyödyntää tutkimuksesta saatavien tulosten avulla.

Tutkimusongelmat:

1. Minkälaisena potilaat kokevat yhteistyön AVH-yhdyshenkilön kanssa Pirkanmaan alueella?
2. Millaisia kehittämistarpeita AVH-potilaan ja AVH-yhdyshenkilön välisessä yhteistyössä on?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö tehtiin määrällisen tutkimuksen ohjeiden mukaisesti. Määrällisessä tutkimuksessa on tärkeää otoksen ja perusjoukon määrittely. Teoreettiset käsitteet muutetaan mitattavaan muotoon. Erityispiirteenä tutkimukselle on tilastollisten menetelmien käyttö ja muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 46). Kysely on yksi survey-tutkimuksen keskeinen tiedon keruu menetelmä. Survey termi tarkoittaa sellaisia kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti. Kohdehenkilöt muodostavat näytteen tai otoksen perusjoukosta. Surveyn avulla kerätty aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara. 2007.)

5.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin alkuvuodesta 2011. Kriteerit tutkittavalle joukolle olivat seuraavat: yhteystiedot löytyvät Pirkanmaan AVH ry:n jäsenrekisteristä, sekä sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön vuosien 2005–2010 aikana. Näillä kriteereillä löytyi 108 vastaajaehdokasta joille kysely lähetettiin. Kyselylomake esiteltiin elokuussa 2011 opinnäytetyön tilaajaosapuolelle ja siihen ei tehty muutoksia tämän jälkeen, (kts. Liite 1.) Kyselylomakkeet postitettiin syyskuun alussa vastaajille. Vastaamisaikaa annettiin kolme viikkoa. Vastaajia informoitiin saatekirjeellä. Vastaamisesta ei koitunut kuluja vastaajille, sillä kyselylomakkeen mukana oli postimerkillä varustettu palautuskuori opinnäytetyöntekijän osoitteella valmiiksi täytettynä.

Palautunutta kyselylomaketta pidettiin suostumuksena kyselyyn ja tutkimukseen. Saatekirjeessä oli opinnäytetyöntekijän yhteystiedot, joihin kannustettiin ottamaan yhteyttä, jos kysyttävää ilmeni kyselylomakkeesta tai

tutkimuksesta. Saatekirjeessä olivat puhelinnumero ja sähköpostiosoite saatavilla. Puhelimitse yhteydenottoja tuli kahdeksan kappaletta. Kuudelle soittajista AVH-yhdyshenkilö ei ollut käsitteenä tuttu ja he kaipasivat lisätietoa yhdyshenkilön toimenkuvasta. Kaksi soittajaa halusi kertoa mielipiteensä oman alueensa AVH-yhdyshenkilöstä puhelimitse, vaikka lähettivät myös kyselylomakkeen täytettynä.

Kyselylomake sisälsi kysymyksiä vastaajan taustatiedoista sekä kokemuksesta AVH-yhdyshenkilötoiminnasta. Kysymykset olivat strukturoituja kysymyksiä. Ensimmäiset kolme kysymystä koskivat taustatietoja, joita olivat ikä, sukupuoli ja sairastumisesta kulunut aika. Neljäs kysymys oli avoin kysymys, koskien ensiyhteydenottoa AVH-yhdyshenkilön kanssa. Kysymykset liittyivät AVH-yhdyshenkilön tavoitettavuuteen, yhdyshenkilön rooliin vastaajien kuntoutusprosessissa, AVH-yhdyshenkilön asiantuntijuuteen, tarpeellisuuteen sekä ohjaukseen.

5.2 Aineiston analyysi

Aineiston analysointiin käytettiin SPSS-tilasto-ohjelmaa. Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin pelkistämällä. Kun kaikki palautuneet vastaukset oli syötetty ohjelmaan, aloitettiin niiden tulkitseminen ja havainnollistaminen. Prosenttijakaumilla ilmaistiin, mitä mieltä vastaajat olivat väittämiin ja kysymyksiin AVH-yhdyshenkilötoiminnasta. Avoimen kysymyksen analysointi aloitettiin kirjoittamalla auki jokainen vastaus siitä missä ensiyhteydenotto AVH-yhdyshenkilön kanssa oli tapahtunut. Tämän jälkeen pelkistettiin vastauksia ja koottiin samankaltaiset vastaukset alaluokiksi. Alaluokkia muodostui neljä kappaletta. Näitä olivat terveyskeskus, yliopistollinen sairaala, yksityinen kuntoutuslaitos sekä yhteydenotto puhelimitse.

5.3 Opinnäytetyön eettisyys

Potilaita informoitiin kyselylomakkeen mukana postitetulla saatekirjeellä. Saatekirjeessä, (kts. Liite 2.) kerrottiin kyselyn ja opinnäytetyön tarkoituksesta rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, eikä vastaajia voitu jäljittää vastauksien perusteella. Vastaaminen tehtiin nimettömänä. Kyselyyn vastaaminen tulkittiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Vastaamisesta ei koitunut kuluja vastaajalle. Kysymyksissä vältettiin liian intiimejä ja henkilökohtaisia kysymyksiä, jotta osallistujia ei voida tunnistaa. Vastauksia säilytettiin asiallisesti ja ne tuhottiin asianmukaisesti aineiston analyysin jälkeen. Aineisto analysoitiin objektiivisesti ja vastaajat vastasivat kyselyyn omien kokemustensa pohjalta. Vastausten analysoinnissa käytettiin numerokoodeja. Palautuneet vastaukset numeroitiin lukemisjärjestyksen mukaan. Tuloksien avulla voidaan kehittää AVH-yhdyshenkilön koulutusta ja asiakkaiden kohtaamista. Tekijä on tutkimuskohteen ulkopuolella. Tutkijan ja vastaajan suhde on näin ollen erillinen. Kyselyn tulee saada aikaan hyvää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 288–292.)

5.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Koska vastaajat tiesivät olevansa tutkimuksen kohteena, saattoi se vaikuttaa vastauksiin vääristävästi. Vastaajat saattoivat antaa joko liian hyvän tai liian huonon kuvan yhteistyöstä AVH-yhdyshenkilön kanssa. Ajankohtaiset aiheet, vastausympäristö tai kiireinen aikataulu saattoivat vaikuttaa kyselyn vastauksiin. Kyselylomaketta ei testattu ennen sen käyttöä varsinaisten tulosten hankkimiseen postituskyselyllä. Kyselyn testaaminen ensin testiryhmällä olisi saattanut muuttaa kyselyn sisältöä ja näin ollen palautuneita vastauksia. Aineiston analyysi kuuluu tehdä luotettavasti käyttäen koko kerättyä aineistoa. Jos tutkija on pyytänyt vastaamaan annettuun kysymykseen tai väittämään, ja vastaaja on vastannut siihen oikein, ei vastauksia tule jättää tutkimuksen ulkopuolelle (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 292).

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

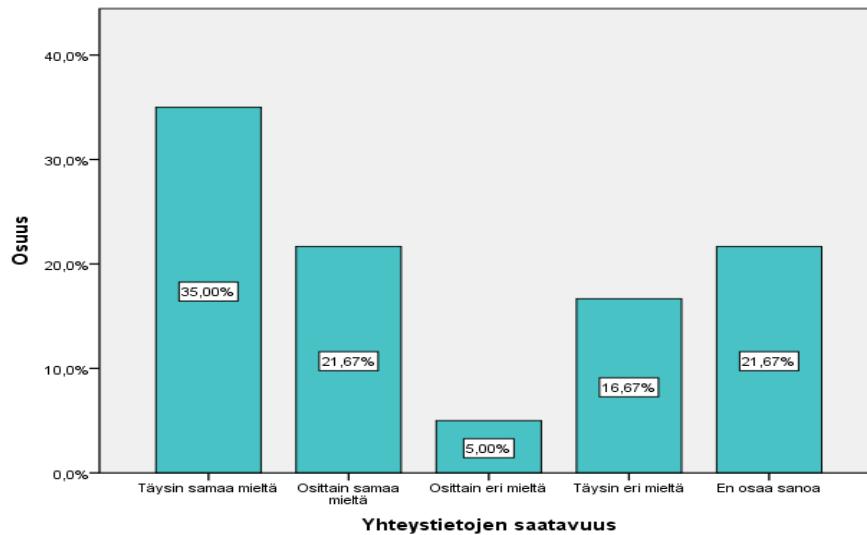
Kyselylomakkeita lähetettiin 108 kappaletta. Näistä palautui määräaikaan mennessä 64 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui näin ollen 59 prosenttia. Vastaajista 64 prosenttia oli miehiä ja 36 prosenttia naisia. Keski-ikä kaikilla vastaajilla oli 68-vuotta. Miesten keski-ikä oli 71-vuotta. Naisien keski-ikä oli 64-vuotta. Vastaajien ikähaarukassa oli paljon hajontaa. Nuorin vastaaja oli 31-vuotias ja vanhin vastaaja 86-vuotias. Sairastumisesta kulunut aika oli keskimäärin 2,5–3,5-vuotta.

6.2 Ensiyhteydenotto AVH-yhdyshenkilön kanssa

Useimmin ensiyhteydenotto AVH-yhdyshenkilön kanssa oli tapahtunut terveyskeskuksessa. Osa vastaajista oli eriteltyt paikan vuodeosastoksi, osa taas vastaanotolla tapahtuneeksi. Toiseksi eniten yhteydenottoja oli tapahtunut Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Yksityisiä kuntoutumiskeskuksia mainittiin useita ympäri Suomea. Puhelimitse tehtyjä ensiyhteydenottoja AVH-yhdyshenkilön kanssa oli runsaasti. Avoimen kysymyksen vastauksista ei käynyt ilmi sitä, kumpi oli yhteyttä ottava osapuoli AVH-yhdyshenkilön kanssa.

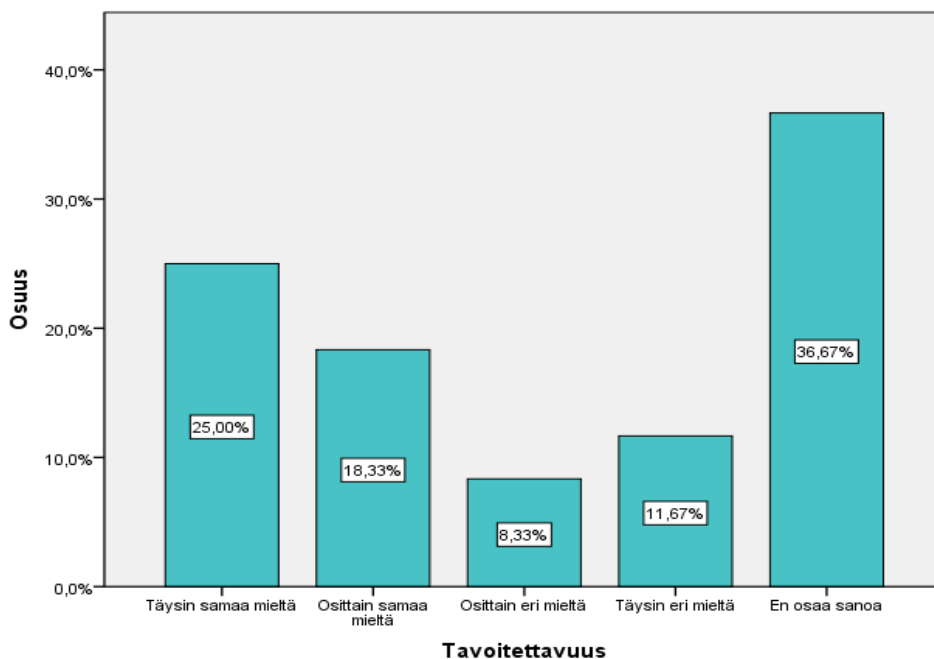
6.3 AVH-yhdyshenkilön tavoitettavuus

Kysymykset 5–7 käsittelivät aihepiiriltään AVH-yhdyshenkilön tavoitettavuutta, yhteystietojen saatavuutta sekä mahdollisten tapaamisten säännöllisyyttä. Yli 55 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että AVH-yhdyshenkilön yhteystiedot olivat helposti saatavilla. Osittain eri mieltä oli 5 prosenttia vastaajista. Täysin eri mieltä asiasta oli 17 prosenttia vastaajista. Vastaajista 22 prosenttia ei osannut sanoa tai arvioida yhdyshenkilön yhteystietojen saatavuutta. (Kuvio 1.)



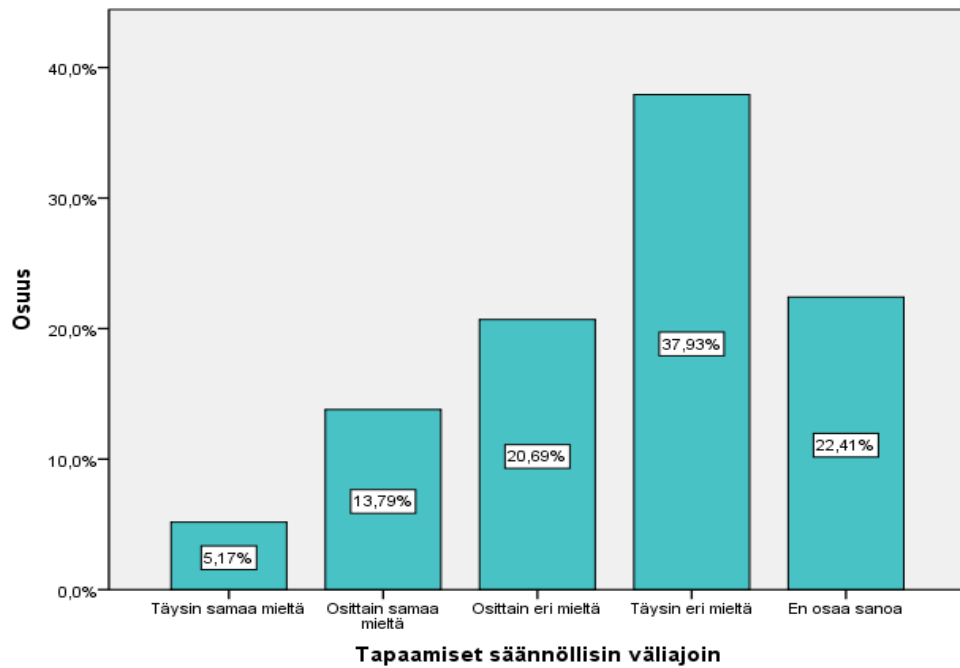
Kuvio 1. AVH-yhdyshenkilön yhteystietojen saatavuus.

Vastaajista 37 prosenttia ei osannut arvioida AVH-yhdyshenkilön tavoitettavuutta. Yksi neljäsosa vastaajista koki, että yhdyshenkilö oli helposti tavoitettavissa. Täysin eri mieltä asiasta oli 12 prosenttia vastaajista. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. AVH-yhdyshenkilön tavoitettavuus

Lähes 38 prosenttia vastaajista oli täysin eri mieltä siitä, että tapaamisia olisi säännöllisin väliajoin yhdyshenkilön kanssa. Vain 5 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että tapaamisia olisi säännöllisin väliajoin. (Kuvio 3.)

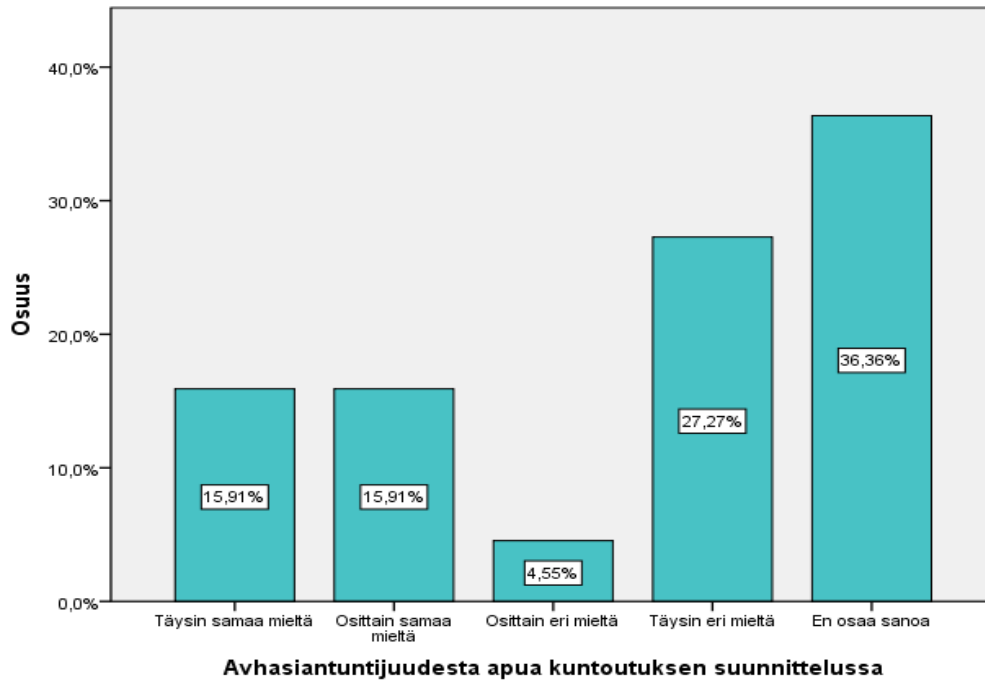


Kuvio 3. Säännöllinen tapaaminen AVH-yhdyshenkilön kanssa

6.4 AVH-yhdyshenkilö vastaajien kuntoutumisen tukena

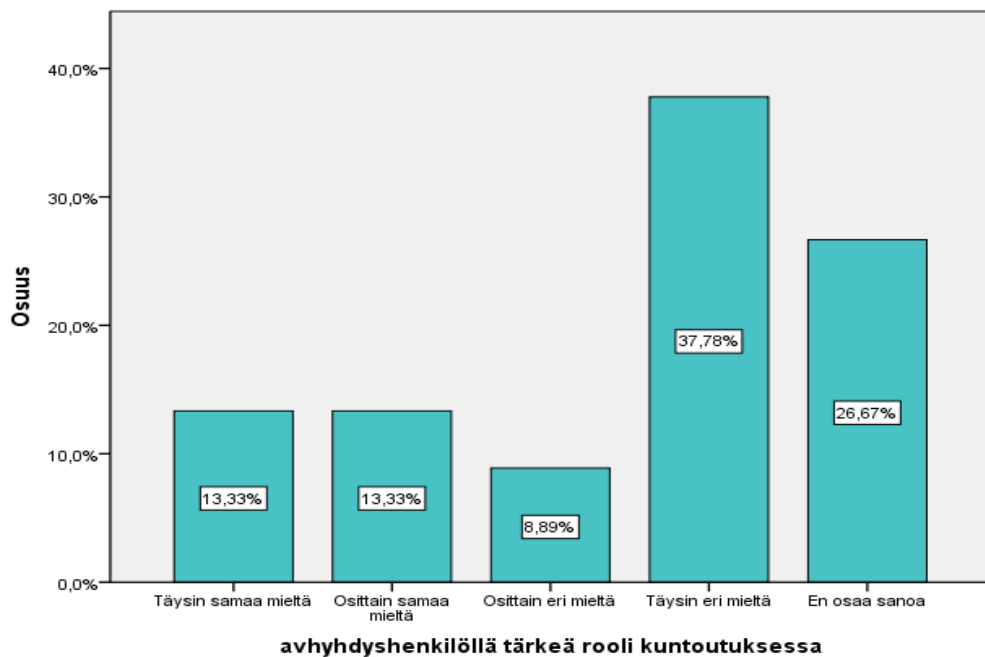
Kysymykset 8–10 sekä 13 ja 15 käsittelivät AVH-yhdyshenkilöä ja hänen rooliaan kuntoutuksessa sekä AVH-seurantakansiota. Kysymys numero 8, oli Kyllä/Ei kysymys AVH-yhdyshenkilön mukana oloa kuntoutuksen suunnittelussa. Enemmistö, 82 prosenttia vastaajista, oli sitä mieltä että AVH-yhdyshenkilö ei ole osallistunut heidän kuntoutuksen suunnitteluun. Kysymys numero 15 oli Kyllä/Ei kysymys vastausvaihtoehdoiltaan. Kysymys koski AVH-seurantakansiota, onko sitä käytetty ohjauksen tukena. Yli 93 prosenttia vastaajista vastasi, ettei seurantakansiota ole käytetty ohjauksen tukena.

Vain alle 16 prosenttia vastaajista vastasi olevansa täysin samaa mieltä siitä, että AVH-yhdyshenkilön asiantuntijuudesta on ollut apua kuntoutuksen suunnittelussa. Osittain samaa mieltä oli myös 16 prosenttia vastaajista. Täysin eri mieltä asiasta oli 27 prosenttia vastaajista. Vastaajista 36 prosenttia valitsi vastausvaihtoehdokseen vaihtoehdon, en osaa sanoa. (Kuvio 4.)



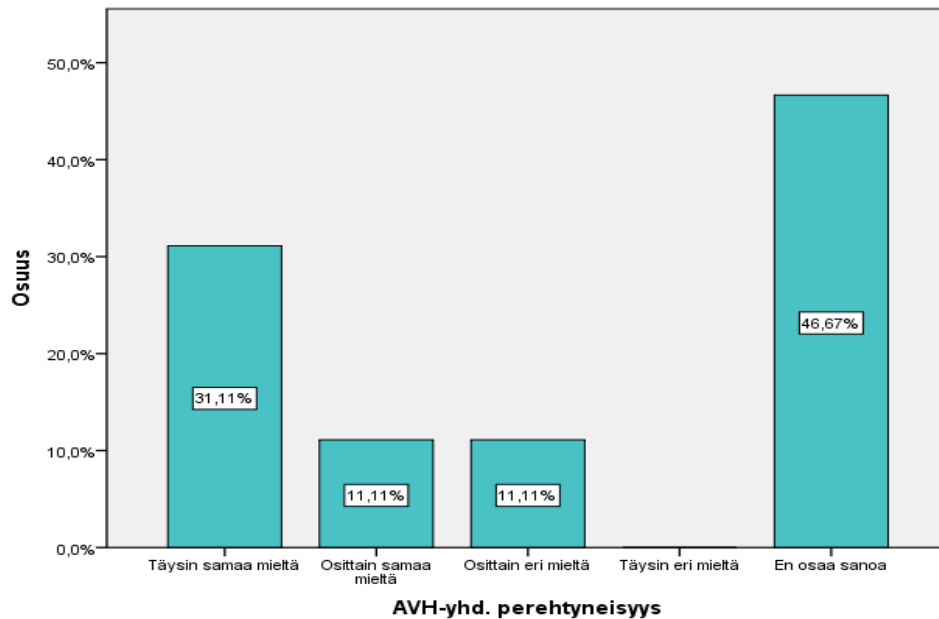
Kuvio 4. AVH-yhdyshenkilö apuna kuntoutuksen suunnittelussa

Vastaajista 38 prosenttia oli täysin eri mieltä, siitä että, AVH-yhdyshenkilöllä olisi tärkeä rooli heidän kuntoutuksessaan. Vain 13 prosenttia vastaajista koki, että AVH-yhdyshenkilöllä on tärkeä rooli kuntoutuksessa. Osittain samaa mieltä oli 13 prosenttia, osittain eri mieltä 9 prosenttia, 27 prosenttia vastaajista valitsi vastausvaihtoehtokseen, en osaa sanoa. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. AVH-yhdyshenkilön tärkeä rooli kuntoutuksessa

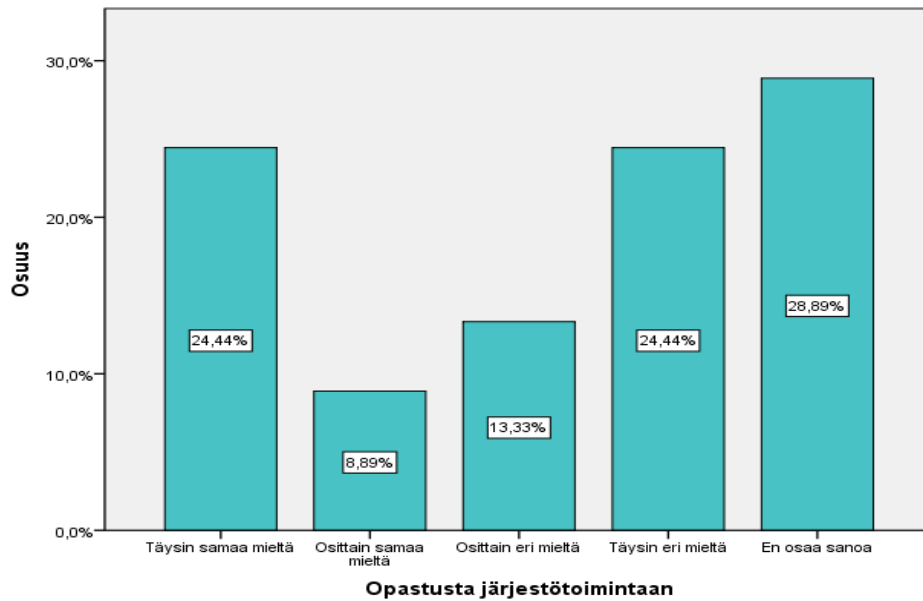
Vastaajista 31 prosenttia koki AVH-yhdyshenkilöllä olevan riittävä tietämys ja perehtyminen aivoverenkiertohäiriöihin. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi lähes 47 prosenttia vastaajista. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. AVH-yhdyshenkilön riittävä perehtyneisyys

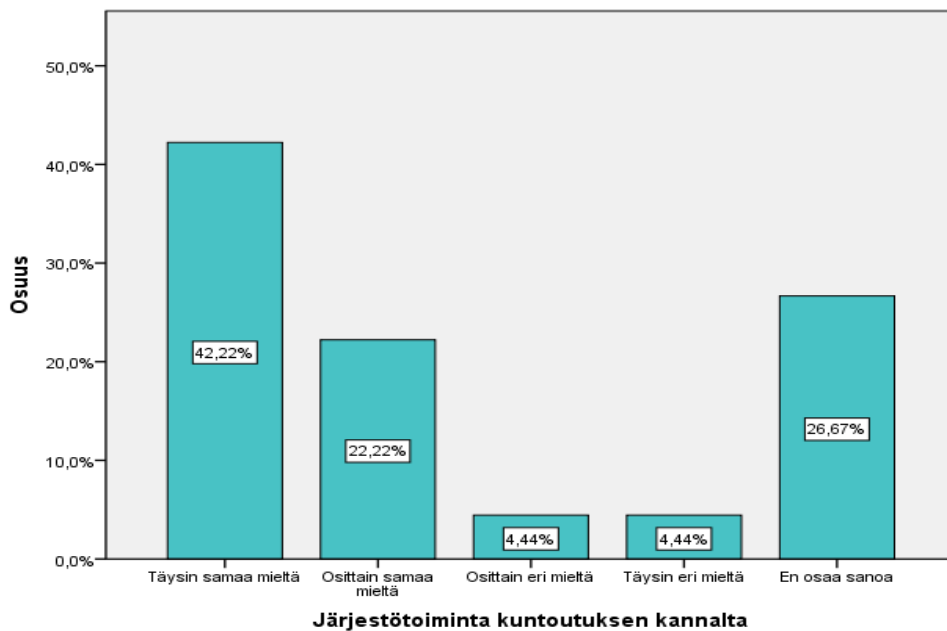
6.5 Järjestötoiminta ja ohjaustilanteet

Kysymykset 11–12 ja 16–17 käsittelivät järjestötoimintaa ja ohjaustilanteita. Opastuksesta järjestötoimintaan ja potilasjärjestöihin tuli eniten hajontaa vastauksissa. Vastaajista 24 prosenttia koki, että he olivat saaneet opastusta. Täysin eri mieltä asiasta oli myös 24 prosenttia vastaajista. Osittain samaa mieltä oli 9 prosenttia ja osittain eri mieltä oli 13 prosenttia vastaajista. 29 prosenttia valitsi vastausvaihtoehdon, en osaa sanoa. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Opastus järjestötoimintaan

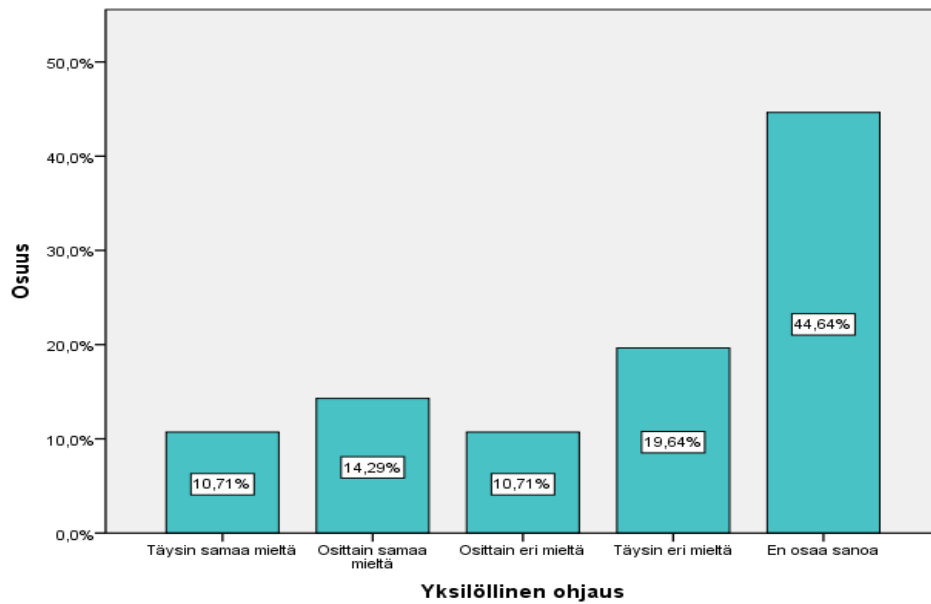
Vastaajista 42 prosenttia koki järjestötoiminnan erittäin tarpeelliseksi kuntoutumisen kannalta. Osittain samaa mieltä asiasta oli 22 prosenttia. Osittain eri mieltä oli 4 prosenttia, ja täysin eri mieltä myös 4 prosenttia. Vastaajista 27 prosenttia valitsi vastausvaihtoehdokseen, en osaa sanoa. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Järjestötoiminta kuntoutuksen kannalta

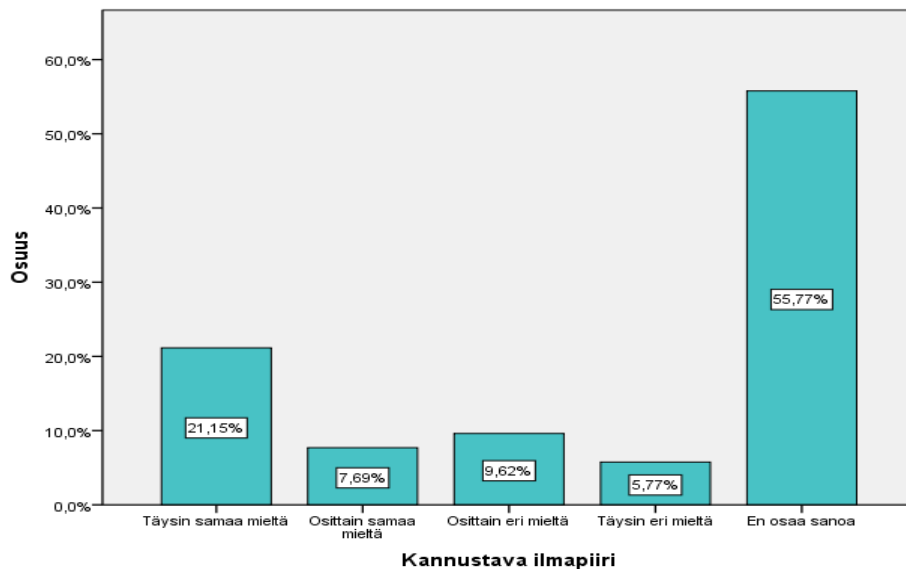
Vastaajista lähes 45 prosenttia valitsi vastausvaihtoehdokseen, en osaa sanoa. Yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa koki saaneensa AVH-yhdyshenkilöltä noin 11 prosenttia. Osittain samaa mieltä oli 14 prosenttia

vastaajista. Osittain eri mieltä oli noin 11 prosenttia. Täysin eri mieltä asiasta oli lähes 20 prosenttia vastaajista. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Yksilöllinen ohjaus AVH-yhdyshenkilöltä

Vastaajista yli puolet valitsi vastausvaihtoehtokseen, en osaa sanoa. Ilmapiiirin kannustavaksi koki 21 prosenttia. Noin 8 prosenttia oli osittain samaa mieltä ja 10 prosenttia osittain eri mieltä. Täysin eri mieltä asiasta oli noin 6 prosenttia. (Kuvio 10).



Kuvio 10. Ohjaustilanteiden kannustava ilmapiiri AVH-yhdyshenkilön kanssa

6.6 Asiantuntijan tarpeellisuus

Aivoverenkiertohäiriöihin erikoistuneen henkilön tarpeellisuudesta olivat vastaajat lähes yksimielisiä. Vastaajista 83 prosenttia oli täysin samaa mieltä tämän väittämän kanssa. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä asiasta vastauksien perusteella. Osittain samaa mieltä oli 6 prosenttia, ja osittain eri mieltä 2 prosenttia vastaajista. Kahdeksan prosenttia vastaajista valitsi vastausvaihtoehtokseen väittämän, en osaa sanoa.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Palautuneiden vastausten määrä yllätti positiivisesti. Kyselyn mukana lähetetyssä saatekirjeessä oli opinnäytetyöntekijän yhteystiedot mahdollisten kysymysten tullessa vastaajille kyselystä. Yhteydenottoja tuli runsaasti ja tasaisesti kyselyjen saapuessa vastaajille. AVH-yhdyshenkilö ja hänen toimintansa oli täysin vierasta osalle vastaajista. Toisten mielestä yhteydenpitoa on hyvin ja kiitosta tuli runsaasti yhdyshenkilöiden toiminnasta. Osa vastaajista oli myös toista mieltä, heidän mielestään yhteydenpito on liiankin aktiivista yhdyshenkilön toimesta.

Ensitapaaminen yhdyshenkilön kanssa oli useimmiten tapahtunut terveyskeskuksessa vastaanotolla tai vuodeosastolla.

Täysin- ja osittain samaa mieltä yhteystietojen helposta saatavuudesta oli noin puolet vastanneista. AVH-yhdyshenkilön tavoitettavuus koettiin hieman heikommaksi. Vastaajista vain 5 prosenttia oli täysin samaa mieltä siitä, että he pitävät säännöllisesti tapaamisia AVH-yhdyshenkilön kanssa. Yli puolet vastaajista piti tärkeänä sitä, että heidän terveyskeskuksessaan olisi saatavilla aivoverenkiertohäiriöihin perehtynyt henkilö. Silti 82 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä ettei AVH-yhdyshenkilö ole osallistunut heidän kuntoutumisensa suunnitteluun. AVH-yhdyshenkilön asiantuntijuudesta kuntoutuksen apuna koki olevan hyötyä 15 prosenttia vastaajista. Täysin eri mieltä asiasta oli 27 prosenttia vastaajista. 93 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, ettei kuntoutumisen apuna ole käytetty AVH-seurantakansiota, vaikka seurantakansio annetaan lähes kaikille yliopistosairaalassa hoidettavina oleville aivoverenkiertohäiriöpotilaille. Täysin samaa mieltä siitä, että AVH-yhdyshenkilöllä on ollut tärkeä rooli kuntoutuksessa, oli vastaajista 13 prosenttia. Yhdyshenkilön riittävästä perehtymisestä ja tietämyksestä oli täysin samaa mieltä 31 prosenttia vastaajista, kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä asiasta, mutta 46 prosenttia vastasi, en osaa sanoa.

Vastaajista 42 prosenttia koki järjestötoiminnan positiiviseksi voimavaraksi kuntoutumisessa. 24 prosenttia koki saaneensa AVH-yhdyshenkilöltä opastusta ja tiedotusta järjestötoiminnasta ja potilasjärjestöistä. Myös 24 prosenttia vastaajista oli täysin eri mieltä kysymysasettelun kanssa. Ohjaustapahtumien yksilöllisyyteen ja kannustavuuteen yleisin vastattu vastausvaihtoehto oli, en osaa sanoa. Vastaajista 10 prosenttia koki saaneensa

yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa. Kannustavan ilmapiirin ohjaustilanteissa vastasi kokeneensa 21 prosenttia vastaajista.

7.2 Johtopäätökset

AVH-yhdyshenkilöiden koulutusta kehitetään jatkuvasti. Yhdyshenkilö nimikkeen käyttö potilaiden ohjauksessa saattaisi selkiinnyttää potilaille kuka on AVH-yhdyshenkilö heidän hoidossaan. Potilaiden hoitoon ja kuntoutuksen suunnitteluun on saattanut liittyä AVH-yhdyshenkilö, vaikka he eivät olisikaan asiasta tietoisia. Nimike ei vain välttämättä ole tullut esille ohjauksen aikana. Vastauksien ja yhteydenottojen perusteella kävi myös ilmi, että potilaat kertoivat, ettei yhdyshenkilö ole ottanut heihin yhteyttä. Potilaat kokevat olevansa siis vastaanottavia osapuolia yhteydenpidossa yhdyshenkilön kanssa, eivätkä aina itse yhteyttä ottavana osapuolena. Aktiivinen yhteydenotto potilaan siirtyessä yhdyshenkilön oman alueen piiriin jatkaa katkeamatta kuntoutus- ja ohjauspolkua potilaan kuntoutumisessa.

Hyvän ja kattavan AVH-yhdyshenkilötoiminnan takana tulisi olla riittävä ja monipuolinen yhdyshenkilöiden verkosto. AVH-yhdyshenkilöiden määrän lisäämisellä ja koulutuksella voidaan yrittää parantaa palveluiden saatavuutta. Työyhteisössä saattaa olla vain yksi AVH-yhdyshenkilö, miten vastuu jaetaan tai delegoidaan yhdyshenkilön mahdollisen sairastumisen tai lomien yhteydessä, jotta palveluiden saatavuus ei kärsisi? AVH-yhdyshenkilön esittäytyminen ja informaatio saattavat lisätä yhdyshenkilön tunnettavuutta. Tunnettavuus taas voi lisätä työtovereiden potilasohjausta ja saattamista neuvonnan ja ohjauksen piiriin aivoverenkiertohäiriöiden osalta.

Kyselyssä tuli vastaajilta paljon en osaa sanoa -vastauksia kysymyksiin. Yhdyshenkilö, ja hänen työnkuvansa ja roolinsa, ei ollut tutkittaville kovin tuttu käsite. Tätä voidaan parantaa kampanjoilla. Ensitetopäivät sairastuneille ja heidän omaisilleen ovat hyvä esimerkki kampanjoinnista ja avun tarjonnasta. AVH-yhdyshenkilötoiminnan kuvauksesta ei ole saatavilla paljon tietoa Internetistä. Moni omainen ja potilas hankkivat tietoa sairastumisesta ja kuntoutumisesta Internetistä, miksei sieltä voisi löytyä monipuolista tietoa myös yhdyshenkilöstä?

Tulosten perusteella yhdyshenkilötoiminnassa on vaihtelua laadussa ja saatavuudessa. AVH-yhdyshenkilön työnkuva ei ole yhtenäinen eri työyksiköissä. Käytettävät resurssit ja aika, sekä myös työyhteisön aktiivisuus voivat vaikuttaa työnkuvaan. Avoimessa ja aktiivisessa työyhteisössä AVH-yhdyshenkilön työtä arvostetaan, kannustetaan ja kehitetään. Potilaiden ohjaus on mieluista, palkitsevaa ja molemminpuolista vuorovaikutusta potilaan, yhdyshenkilön ja omaisten välillä.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

AVH-yhdyshenkilötoimintaa ei ole tutkittu Suomessa paljon, varsinkaan potilaiden näkökulmasta. Jatkossa voisi tutkia paikallisesti yhdyshenkilöi-

den toimintaa sekä heidän asiakkaidensa näkökulmia saamastaan ohjauksesta ja tuesta. Muutaman vuoden päästä kyselyn voisi tehdä uudelleen samankaltaisella kyselyasetelmalla ja verrata, kuinka tulokset ovat muuttuneet vuosien aikana ja millaista kehitystä on tapahtunut.

LÄHTEET

Aivoinfarkti. Käypä hoito. 2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 21.3.2011.http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051#s18_1

Aivoinfarktin liuotushoito. 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perehdytysmateriaali. Viitattu 4.1.2012.

<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=23062&contentlan=1>

Aivojen sisäinen verenvuoto. 2007. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Neurologia. Viitattu 21.3.2011.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,2718,5928,16441>

Aivojen sisäisen verenvuodon (ICH) leikkaushoito. 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perehdytysmateriaali. Viitattu 4.1.2012.

<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=23062&contentlan=1>

Aivoverenkiertohäiriö ja nopea hoitoon hakeutuminen. 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perehdytysmateriaali. Viitattu 4.1.2012.

<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=23062&contentlan=1>

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen tukeminen. 2008. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perehdytysmateriaali. Viitattu 21.3.2011.

<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=23065&contentlan=1>

Fogelholm R, Rissanen A, Nenonen M. 2001. Aivoverisuonisairauksien aiheuttamat suorat ja epäsuorat kustannukset Suomessa. Suomen Lääkärilehti 56:3563–67

Hankey GJ. 1999. Smoking and risk of stroke. J Cardiovasc Risk 6:207-11

Henriksson M. 2008. AVH-yhdyshenkilön rooli potilaan kuntoutusprosessissa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Kuntoutusohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4-5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Korpelainen, J., Kallanranta T. & Leino E. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kuntoutus Oy Duodecim.

Kuisma M., Holmström P. & Portham K.(toim.) 2008. Ensihoito. Hygieia. Helsinki:Tammi.

Kurl, S., Laukkanen, J., Rauramaa, R., Lakka, T., Sivenius, J. & Salonen, J. 2003. Cardiorespiratory fitness and risk of stroke in men. Arch Intern Med. 163:1682–8

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

Lukinkalvonalaisen verenvuodon (SAV) leikkaushoito. 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perehdytysmateriaali. Viitattu 4.1.2012.
<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=23062&contentlan=1>

Marniemi, J., Alanen, E. & Impivaara, O. 2005. Dietary and serum vitamins and minerals as predictors of myocardial infarction and stroke in elderly subjects. Nutr Metab Cardiovasc Dis 15:188-97

Muutokset lihastoiminnoissa ja tuntoaistimuksissa. 2005. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perehdytysmateriaali. Viitattu 21.3.2011.
<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=23063&contentlan=1>

Pajunen, P., Pääkkönen, R. & Laatikainen, T. 2005. Aivohalvausten ilmentymävuo-
den ja kuolleisuuden muutokset Suomessa vuosina 1991-2002. Suomen Lääkärilehti 22:2437–42

Patra, J., Taylor, B., Irving, H., Roerecke, M., Baliunas, D., Mohapatra, S. & Jurgens R. 2010. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types – a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 258.

Pirkanmaan AVH-yhdistys ry. 2011. Viitattu 14.10.2011.
<http://www.piravh.fi/pages/etusivu/jaesityys.php>

Purola H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Sivenius, J., Jakovljevic, D. & Tuomilehto, J. 2002. Sosioekonomisen aseman yhteys aivoinfarktiin ja aivoverenvuotoon suomalaisessa aikuisväestössä. Suomen Lääkärilehti. 57:627–33

Sivenius, J., Torppa, J. & Tuomilehto, J. ym. 2010. Aivohalvausten ilmentymävuo-
den kehityssuunnat Suomen väestössä vuoteen 2030. Suomen Lääkärilehti. 19:1699–1704

Surtees, PG., Wainwright, NW., Luben, RN., Wareham, NJ., Bingham, SE. & Khaw, KT. 2008. Psychological distress, major depressive disorder, and risk of stroke. Neurology. 70:788–94

Tietokonetomografia eli CT. 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perehdytysmateriaali. Viitattu 4.1.2012.

<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=23050&contentlan=1>

Uusitalo, M. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

KYSELYLOMAKE

Taustatiedot

Ympyröikää oikea vastausvaihtoehtonne numero tai kirjoittakaa vastaus sille varatulle paikalle.

1. Ikä_____ vuotta
2. Sukupuoli
 1. Mies
 2. Nainen
3. Sairastumisesta kulunut aika_____ vuotta
4. Missä ensi yhteydenotto AVH-yhdyshenkilöön on tapahtunut?

Valitkaa oikea vastausvaihtoehto ympyröimällä numero joka kuvaa parhaiten mielipidettäsi asiasta.

5. AVH-yhdyshenkilön yhteystiedot ovat helposti saatavilla

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

6. AVH-yhdyshenkilö on helposti tavoitettavissa

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

7. Tapaamisia AVH-yhdyshenkilön kanssa on säännöllisesti tasaisin väliajoin

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa.

8. AVH-yhdyshenkilö on ollut mukana kuntoutuksenne suunnittelussa

1. Kyllä
2. Ei



9. Kuntoutuksen suunnittelussa AVH-yhdyshenkilön asiantuntijuudesta on ollut apua

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

10. Kuntoutumisessanne AVH-yhdyshenkilöllä on /on ollut tärkeä rooli

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

11. AVH-yhdyshenkilö on opastanut teitä osallistumaan järjestötoimintaan ja tiedottanut potilasjärjestöistä

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

12. Järjestötoiminta on kuntoutumisen kannalta erittäin tarpeellista

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

13. AVH-yhdyshenkilöllä on mielestänne riittävä tietämys ja perehtyminen aivoverenkiertohäiriöihin

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

14. Terveyskeskuksessa tai sairaalassa on tarpeellista olla aivoverenkiertohäiriöihin ja niiden kuntoutukseen erikoistunut yhteyshenkilö

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

15. Onko ohjauksen tukena on käytetty AVH-seurantakansiota?

1. Kyllä
2. Ei

16. Ohjaus ja neuvonta AVH-yhdyshenkilöltä on ollut yksilöllistä

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

17. Ohjaustilanteiden ilmapiiri on ollut kannustava

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Osittain eri mieltä
4. Täysin eri mieltä
5. En osaa sanoa

Kiitos vastauksistanne!

.

SAATEKIRJE

Arvoisa Vastaaja

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kokemuksista yhteistyöstä aivoverenkiertohäiriöyhdyshenkiön (AVH-yhdyshenkilö) kanssa. Olette Pirkanmaan AVH-yhdistyksen jäsenrekisterissä ja sairastanut aivoverenkiertohäiriön vuosina 2005-2010, tämän vuoksi olette saaneet tämän kyselyn postissa.

AVH-yhdyshenkilö on Aivoliiton kouluttama terveys- ja sosiaalialan ammattilainen. Yhdyshenkilö on tiedonantaja aivoverenkiertohäiriöistä. Häntä voivat lähestyä niin työyhteisön sisältä, potilaat kuin potilaan omaisetkin mieltä askarruttavista asioista.

Vastauksenne on erittäin tärkeä opinnäytetyön onnistumiseksi. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään nimettöminä, eikä vastaaminen vaikuta hoitoonne. Kyselyyn voitte vastata itsenäisesti tai yhdessä omaisenne kanssa. Palautetut kyselyt käsitellään luottamuksellisesti ja tuhoataan analysoinnin jälkeen.

Toivon vastauksia 23.9.2011 mennessä. Postimerkillä varustettu vastauskuori ohessa. Vastaamisesta ei aiheudu kuluja Teille. Lisätietoja voitte kysyä sähköpostilla tai puhelimella.

Yhteistyöstä kiittäen

Marita Julin
Sairaanhoitajaopiskelija
Hämeen ammattikorkeakoulu